FACULTE MIXTE
DE
MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 80

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MALADIE GÉLATINEUSE DU PÉRITOINE D'ORIGINE OVARIENNE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 17 Mars 1944

PAR

PAUL FABRE

Né le 30 Septembre 1917, à MARSEILLE (B.-du-Rh.)

EX INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH
DIPLOMÉ DE PUÉRICULTURE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : M. le Professeur MOIROUD, *Président* ; MM. POURSINES, RECORDIER, LUCCIONI, *Assesseurs*

MARSEILLE
IMPRIMERIE ANT. GED
48, Rue Paradis, 48

1944

FABRE (Paul)
Contribution à l'étude de la maladie gélatineuse du péritoine, d'origine ovarienne. Marseille, Imp. Ant. Ged, 1944, 8°, 52 p.
(*Thèse de Médecine, Marseille, 1944*), n° 80

FABRE (Paul)
Contribution à l'étude de la maladie gélatineuse du péritoine, d'origine ovarienne. Marseille, Imp. Ant. Ged, 1944, 8°, 52 p.
(*Thèse de Médecine, Marseille, 1944*), n° 80

FABRE (Paul)
Contribution à l'étude de la maladie gélatineuse du péritoine, d'origine ovarienne. Marseille, Imp. Ant. Ged, 1944, 8°, 52 p.
(*Thèse de Médecine, Marseille, 1944*), n° 80

FABRE (Paul)
Contribution à l'étude de la maladie gélatineuse du péritoine, d'origine ovarienne. Marseille, Imp. Ant. Ged, 1944, 8°, 52 p.
(*Thèse de Médecine, Marseille, 1944*), n° 80

Contribution à l'étude de la Maladie Gélatineuse du Péritoine d'origine ovarienne

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 80

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MALADIE GÉLATINEUSE DU PÉRITOINE D'ORIGINE OVARIENNE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 17 Mars 1944

PAR

PAUL FABRE

Né le 30 Septembre 1917, à MARSEILLE (B.-du-Rh.)

EX-INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH
DIPLOMÉ DE PUÉRICULTURE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { M. le Professeur MOIROUD, *Président* ; MM. POURSINES, RECORDIER, LUCCIONI, *Assesseurs* }

MARSEILLE
IMPRIMERIE ANT. GED
48, Rue Paradis, 48

1944

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL — *Assesseur :* F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE, OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargé de cours honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE — *Bibliothécaire :* Mme PÉROL

Professeurs :

Anatomie	SALMON
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale	MONGES
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	BRÉMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N...
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	DUBOULOZ
Thérapeutique	POINSO
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargés de Cours :

Clinique dermatologique	VIGNE
Hydrologie thérapeutique	PIÉRI

Agrégés en exercice :

MM. SAUTET	MM. FIGARELLA	MM. R. IMBERT	M. RECORDIER
BERTHIER	ARNOUX	PAILLAS	
BALANSARD	CHOSSON	AUDIER	
BRAHIC	DELPHAUT	DOR	

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale	DERRIEN
Physiologie	DONNET

Chargés de cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Clinique de la tuberculose	BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses	PÉRIOT
Clinique chirurgicale infantile	IMBERT
Clinique stomatologique	ACHARD
Clinique gynécologique	FIGARELLA
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie (Pharmacie)	BOYER
Neuro-Chirurgie	ARNAUD
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie)	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLOT

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE
ET DE MON PERE

Que ce travail leur soit comme un modeste hommage de reconnaissance et de piété filiale.

A LA MEMOIRE DE MA TANTE ET DE MON ONCLE
Le Dr M. BLANC

En souvenir de l'affection qu'ils m'ont témoignée durant mon jeune âge.

A MA SŒUR

Dont le soutien tendre et affectueux m'a toujours guidé au cours de mes études.

A MA FIANCEE

En gage de l'amour qui nous unit.

A MES COUSINS

Le Dr P. CIRCAN

Le Dr P. VADON

En témoignage de remerciement pour les conseils affectueux qu'ils n'ont cessé de me prodiguer.

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur P. MOIROUD

Professeur de Pathologie Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur POURSINES

Hommages respectueux.

Monsieur le Professeur Agrégé RECORDIER

Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur LUCCIONI

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a guidé dans son élaboration. Nous lui exprimons ici notre gratitude et notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

Monsieur le Docteur R. GAUTHIER

En toutes circonstances, vous ne m'avez ménagé ni les conseils, ni les encouragements.

Je vous assure de tout mon respectueux attachement.

Monsieur le Docteur E. CASTELLI

Modeste témoignage de l'enseignement que vous m'avez prodigué dans votre service.

Monsieur le Docteur F. MONGES

En hommage respectueux et en remerciement pour toute votre sollicitude.

Monsieur le Docteur G. AYMES

Je vous remercie de la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée.

AU REVEREND PERE AUDOUARD

Je garderai toujours, mon Cher Père, le souvenir de l'affection dont vous m'avez entouré pendant mon adolescence et de vos conseils qui m'ont guidé dans la carrière médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PARA

A vos côtés, j'ai appris à connaître et à aimer la grandeur et les devoirs du médecin.

Je vous en exprime toute ma reconnaissance.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

« Peu de maladies sont d'un diagnostic entouré d'autant de difficultés que la maladie gélatineuse du péritoine, vu sa rareté et la mauvaise définition de ses caractères ».

Tel est le jugement que formulait PÉAN sur la maladie qui devait porter son nom, dans son célèbre ouvrage « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du petit bassin ».

Après un tel avis, nous ne pouvons prétendre jeter ici sur cette question une lumière définitive. Mais, étant donnée la rareté de cette maladie, il nous paraît utile de rapporter l'observation d'une malade que nous avons rencontrée dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur MOIROUD. Puisse cette étude aider à éclairer certains points encore imprécis de cette affection.

Il existe deux grandes classes d'ascite gélatineuse, susceptibles d'intéresser le chirurgien :

la forme appendiculaire ; l'origine est alors dans une affection particulière de l'appendice, le mucocèle de cet organe ;

la forme ovarienne, qui est le sujet même de l'étude actuelle. ,

Notre travail comprendra d'abord une vue d'ensemble sur l'historique des travaux consacrés à cette question et quelques observations recueillies parmi les plus intéressantes de celles qui ont été publiées avant la nôtre, et la nôtre elle-même ; ensuite trois chapitres portant respectivement sur l'étiologie, l'anatomopathologie et l'étude clinique ; nous terminerons par le diagnostic et le point de vue thérapeutique actuel.

HISTORIQUE

En 1848, Cruveilhier, parlant de la « dégénérescence gélatineuse du péritoine », la considérait comme un cancer, le « cancercolloïde ». Sans le secours du microscope, ne s'appuyant que sur des considérations cliniques à propos de cas publiés par lui, il sentait la nécessité d'une distinction entre cette affection et le « cancer vrai ». La définition était, en quelque sorte, étiologique. Il insistait sur les faits :

1° Que la localisation était toujours la même.

« Il est fort rare, disait-il, que la maladie se reproduise en dehors de la cavité abdominale, et il est sans exemple qu'elle ait envahi l'organisme tout entier ».

2° Que cette affection était toujours secondaire ;

3° Que la bénignité habituelle de la maladie était un argument important contre sa nature cancéreuse : « Si l'on veut absolument comprendre cette maladie parmi les cancers, il faut dire qu'elle en constitue la forme la plus lente et la plus inoffensive... c'est le moins vivant de tous les tissus morbides ».

Pendant 23 ans, les conceptions de Cruveilhier sont acceptées. Mais, en 1871, Péan revoit la question dans son livre « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du petit bassin » ; et dans son chapitre intitulé « Tumeurs du péritoine », il consacre un article à la « maladie gélatineuse du péritoine ». Voici la définition qu'il en donne : « Sous le nom de maladie gélatineuse du péritoine, nous avons décrit en 1871 une maladie rare et curieuse dont l'étude se place naturellement entre les tumeurs par ascite et celles par cancers et par

kystes. Cette dénomination est un peu vague, mais elle a l'avantage incontestable de ne préjuger en rien de la nature de la maladie et de rendre un compte aussi exact que possible de l'aspect général qu'elle présente. Quelques auteurs lui ont donné des noms plus précis, tels que ceux de « cancer colloïde » et de « péritonite gélatineuse » ; mais ces expressions ont le tort grave, à notre avis, de préciser la nature à laquelle il est encore bien difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, d'assigner une origine, une cause à peu près certaine ».

Cependant, à cette époque, Péan peut recourir au microscope et demander l'avis d'anatomopathologistes, tels Ranvier et Malassez. Après examen d'une coupe du péritoine, ces deux éminents maîtres lui remirent le compte rendu suivant :

« On trouve des loges remplies de matière colloïde et séparées les unes des autres par des cloisons de tissu conjonctif plus ou moins épaisses. Le tissu conjonctif est lui-même altéré, et si on l'examine à un fort grossissement, on voit que ses cellules et ses noyaux sont hypertrophiés... Si on examine la substance gélatineuse répandue dans la cavité péritonéale, on y trouve des débris de cellules, des noyaux plus ou moins altérés avec un protoplasma disparu en partie... Nous n'avons nulle part trouvé des éléments analogues à ceux du cancer et du sarcome, et il est probable que nous étions en présence, non pas d'une production nouvelle ayant subi une dégénérescence colloïdale, mais simplement d'une péritonite chronique ».

Grâce au microscope, la différenciation d'avec « le cancer et le sarcome » se fait plus nette ; mais si la nature de l'épanchement commence à être connue, ses origines demeurent incertaines. Péan émet l'opinion d'une origine ovarienne, mais n'affirme rien. « C'est là du moins, dit-il, une opinion que nous formulons sans en garantir la parfaite exactitude, laissant aux observateurs

futurs le soin de résoudre la question d'une manière plus positive ».

Gosselin, cité par Péan, porte un jugement catégorique sur le pronostic de la maladie : « Elle est une sorte d'affection intermédiaire aux kystes et à l'ascite : le pronostic est toujours fatal ».

Les travaux de Péan s'arrêtent là ; mais son mérite a été grand de différencier la maladie gélatineuse du cancer, grâce à des arguments objectifs s'appuyant sur des examens anatomopathologiques — mérite qui lui a valu de faire appeler cette affection « Maladie de Péan », nom sous lequel elle est encore couramment désignée.

Après Péan, quelques observations sont publiées, surtout en Allemagne, qui n'apportent rien de nouveau. Mais en 1884, l'Allemand Werth apporte un terme nouveau et précis « Pseudomyxome » qui, bientôt, fut presque exclusivement employé à l'étranger.

Se basant sur l'aspect de ces « masses gélatineuses » d'une part, et après avoir constaté la non-coagulabilité du liquide par l'acide acétique d'autre part, il exprimait par ce terme ce qui rapprochait ces épanchements des tumeurs à mucus et ce qui les en éloignait.

Ce fut l'époque de l'orientation clinique de la question. La « pseudomucine » de Werth fut étudiée et classée parmi les glycoprotéines par le chimiste allemand Hammersten. La question de l'origine de ces « masses gélatineuses » revient à l'ordre du jour.

Pour eux, comme pour Cruveilhier, elles ne se manifestent qu'à la suite d'affections du tube digestif et aussi des ovaires; mais ils mettent au premier plan une notion nouvelle qui aura une grosse répercussion sur les conceptions étiologiques de l'affection : il s'agirait, en effet, pour eux, d'un processus vivace et envahissant, imputable à des greffes de cellules mucoïdes d'origine généralement ovarienne.

Jusqu'alors, comme nous l'avons vu, l'origine ovarienne était la plus généralement admise ; mais Fraenckel, le premier, en 1901, publie un cas d'épanchement gélatineux du péritoine chez l'homme, lié à la perforation d'un appendice en état de dégénérescence pseudo-kystique.

Pendant plusieurs années, la presque totalité des observations citées se rapporte à des cas d'origine appendiculaire.

En 1929, Croissieux, dans sa thèse d'Alger, insiste sur la plus grande fréquence de la forme ovarienne (60 % des cas), la forme appendiculaire étant deux fois plus rare (30 %) — cette dernière étant, selon lui, l'apanage du sexe masculin.

En 1935, Masini présente à la Société de Chirurgie de Marseille une malade ayant présenté un épanchement gélatineux du péritoine après rupture d'un kyste de l'ovaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

(MM. Moiroud et Luccioni)

Madame Ha..., 82 ans, entre dans le service de chirurgie, à l'hôpital Sainte-Marguerite, pour syndrome péritonéal aigu.

Le début remonte à 48 heures par une douleur abdominale violente, suivie d'arrêt des matières et des gaz, vomissements. Le ventre est ballonné. L'état général est médiocre. Le pouls est rapide et arythmique. Les bruits du cœur sont sourds. La température est à 38°1.

Au toucher vaginal, on perçoit une masse parautérine gauche bombant dans le cul-de-sac vaginal et dont on délimite assez bien la limite supérieure. On pense à une torsion d'un kyste de l'ovaire, et on intervient aussitôt.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une abondante quantité de gélatine (6 kilos); elle provient de la rupture d'un kyste muqueux de l'ovaire gauche, dont la poche a le volume d'une tête d'adulte. Il existe d'autre part un envahissement de tout l'épiploon et une petite tumeur de l'ovaire droit. Hystérectomie subtotale et ablation totale de l'épiploon. Mickulicz. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

La malade quitte le service guérie, après une assez longue fistulisation.

Examen histologique dans la tumeur ovarienne (Dr Pourcines) :

Kyste multiloculaire dont les parois sont revêtues d'un épithélium cylindrique mucigène du type intestinal. Dans l'ensemble, il n'y a pas d'allure néoplasique. Il faut cependant réserver cette opinion, car en certains points, la prolifération villeuse de l'épithélium est très active et assez anarchique.

En résumé, tumeur wolfienne.

OBSERVATION 2 (P. MASINI)

(*Société de Chirurgie de Marseille* - Séance du 6 mai 1935 *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Marseille*, T. IX, n° 5)

« J'ai opéré cette malade le 10 avril, d'une hernie crurale étranglée du côté gauche. Au cours de la dissection du sac, un liquide gélatineux, jaune, épais, inondait la plaie opératoire. Vu l'état alarmant de la malade, j'ai lié le sac et fermé la paroi sans drainage. Dès le lendemain de l'opération, le ventre a grossi insensiblement ; au toucher vaginal, j'ai noté la présence d'une tumeur des annexes gauches. J'ai pensé qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche rompu au cours des manœuvres de la dissection du sac herniaire. J'ai attendu que cette malade fut complètement guérie de sa hernie pour intervenir sur le kyste, et je l'ai opérée ce matin.

A l'ouverture du péritoine, j'ai constaté la présence d'un liquide gélatineux, épais, de couleur jaune ambrée, remplissant toute la cavité péritonéale; à l'exploration du kyste de l'ovaire gauche, j'ai constaté sa rupture et l'issue de sa profondeur, de ce liquide jaune ambré. Résection du kyste. Aspiration du liquide péritonéal. Fermeture sans drainage. Je n'ai constaté aucun essaimage du kyste ni sur le péritoine, ni sur les anses intestinales, le liquide provenait certainement de la rupture du kyste ovarien ».

*
* *

OBSERVATION 3 (LEJARS)

(*Semaine Médicale du* 11 *décembre* 1912)

Enorme kyste de l'ovaire chez une femme d'une trentaine d'années, absolument cachectique et que plusieurs chirurgiens avaient refusé d'opérer. Le ventre est rempli de masses gélatineuses, jaunâtres, qui continuaient de s'éliminer par une perforation du kyste multiloculaire ; ce kyste, de dimensions monstrueuses, était heureusement sans adhérences ; il fut extirpé rapidement et la cavité abdominale détergée à la main et aux compresses. du contenu gluant qui imprégnait le péritoine pariétal et les viscères. Contre toute attente, la guérison fut relativement simple, complète et durable.

OBSERVATION 4 (Dr Soupault)

(*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* - Séance du 6 juin 1928, n° 20, p. 830)

Une dame de 67 ans est vue le 16 mai 1925, se plaignant d'une augmentation progressive des dimensions de son abdomen, accompagnée de quelques troubles digestifs; crises de diarrhée et « indigestion » suivie de vomissements. Au moment de l'examen, on constate que l'abdomen est volumineux, un peu étalé, sans circulation veineuse collatérale; on sent une masse arrondie, régulière, qui remonte jusqu'à l'ombilic ; en outre, matité dans les flancs et sensation nette au palper de flot transmis. Au toucher vaginal, on retrouve sur le côté gauche de l'utérus la masse abdominale.

L'opération fut faite le 21 mai 1925. Incision médiane sous-ombilicale ; dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de liquide gélatineux, translucide, de teinte jaune ambrée, qui remplit la cavité péritonéale. On extrait ce liquide à deux mains et on en remplit un baquet. Dans le petit bassin, on trouve une masse kystique multiloculaire, développée au dépens de l'ovaire. Cette masse est formée d'un gros kyste (volume d'une tête fœtale) et de plusieurs autres plus petits, dont certains sont rompus et aplatis. On fait la castration à gauche. Assèchement aussi complet que possible du péritoine. Réunion de la paroi sans drainage. Guérison sans complication. La malade est revue, guérie, deux ans et demi après l'opération.

L'examen histologique de la paroi du kyste ovarien gauche montre qu'il s'agit d'un kyste « mucoïde » banal ; le revêtement est formé par de hautes cellules cylindriques contenant des boules de mucus.

***

OBSERVATION 5 (Dr Dieulangard)

(*Les tumeurs de l'ovaire*, 1943, p. 46)

Madame B..., 34 ans, vient consulter pour augmentation de volume de l'abdomen, amaigrissement très marqué, quelques troubles des règles. A l'examen, abdomen volumineux, légèrement tendu, avec circulation collatérale et signe du flot ; on sent des masses tumorales à travers la paroi de l'hypogastre ; l'hypochondre gauche est le siège d'une

tumeur importante paraissant provenir de la loge splénique.

A l'ouverture, issue d'une grande quantité (5 litres environ) de liquide gélatineux jaune verdâtre dans lequel nagent des masses tumorales kystiques recouvertes de granulations rugueuses ; ces masses toutes solidaires occupent l'abdomen en sa totalité et s'étendent jusque dans la loge splénique ; il s'agit d'une tumeur végétante développée aux dépens de l'ovaire gauche avec adhérences intestinales et épiploïques ; le péritoine est recouvert d'un semis de granulations. Extirpation, hystérectomie totale, nettoyage le plus complet possible de la cavité abdomino-pelvienne. Cette malade (qui a engraissé de 2 kgs deux mois après son opération), deux ans après l'intervention, était encore en excellente santé.

*
* *

OBSERVATION 6 (Tixier)

(*Soc. de Chir. de Lyon,* 2 *avril* 1936 -
in *Lyon Chirurgical* 1936 - *XXXIII, page* 601)

Madame Ch..., 30 ans, aurait subi en juin 1935, une intervention pour tumeur ovarienne jugée inextirpable et traitée par la radiothérapie. En septembre de la même année, dans une autre ville, nouvelle laparotomie qui se résume à une simple biopsie : la réponse fut kyste ovarien en voie de dégénérescence ; traitement radiothérapique. En 1936, l'examen de la malade met en évidence une tumeur volumineuse dure, bombant dans le cul-de-sac droit et le douglas, et nageant dans de l'ascite libre.

Laparotomie, évacuation de dix litres d'ascite gommeuse; le pelvis est occupé par deux masses, celle de droite est surmontée de bourgeons en chou-fleur, chair d'anguille ; celle de gauche adhère à la vessie. Hystérectomie subtotale.

A l'examen histologique, il s'agit d'un épithélioma végétant germinatif bénin. La malade est revue en juillet 1937, elle a repris 14 kgs.

A côté de ces bons cas, il y a de mauvais cas ; la tumeur et l'épanchement présentent les mêmes caractères, mais l'évolution est fatale ; témoin l'observation suivante recueillie dans le service de M. le Dr Michel et rapportée par le

Dr Dieulangard dans sa thèse (*Tumeurs de l'ovaire*, 1943, p. 47) :

OBSERVATION 7

Madame de G..., 53 ans, entre à l'hôpital pour augmentation rapide du volume de l'abdomen, avec œdème des membres inférieurs. A l'examen : énorme ascite aveu flot transabdominal. A l'intervention : énorme quantité de liquide gélatineux ; très volumineux kyste de l'ovaire gauche à poches multiples, avec contenu gélatineux extrêmement friable, sans adhérences très marquées, sauf en arrière. Petit kyste de l'ovaire droit ; ablation des kystes et suture sans drainage. La malade revient trois mois après avec le ventre ballonné et, après examen, est dirigée sur le centre anticancéreux. Décès un mois plus tard, soit quatre mois après l'intervention.

Mathieu, dans sa thèse, rapporte une observation de Tixier (Obs. n° 74 in thèse Mathieu), qui témoigne encore de la malignité de ces formes tumorales.

Madame G..., 62 ans, porteuse d'une tumeur ovarienne avec épanchement pleural droit et ascite. A l'intervention, après évacuation de 10 litres de liquide d'ascite gommeuse, on découvre une tumeur multiloculaire remontant jusqu'à l'ombilic et développée aux dépens de l'ovaire droit. Infiltration légèrement sténosante du côlon pelvien. Extirpation, hystérectomie subtotale, mickulicz.

Histologiquement, c'est une tumeur végétante wolfienne.

La malade quitte le service, gardant un épanchement pleural. Décès quatre mois plus tard.

ETIOLOGIE

Les épanchements gélatineux du péritoine d'origine ovarienne reconnaissent deux mécanismes :

— les uns sont dûs à la rupture brutale ou à la fissuration d'une tumeur gélatineuse de l'ovaire ;

— les autres proviennent de la sécrétion de lésions néoplasiques ovariennes ou épiploïques, qui déversent directement leurs produits dans la cavité péritonéale. Les lésions péritonéales secondaires sont alors dues à des greffes cellulaires épithéliales.

Cette étiologie, maintenant admise de façon générale, fut longtemps méconnue. Avant l'ère du microscope, on considérait cette affection comme un cancer, en raison de la cachexie profonde de certains malades et des récidives. Mais Cruveilhier, comme nous l'avons dit plus haut, attirait l'attention sur la bénignité relative de cette forme de cancer. Les formes malignes de la péritonite gélatineuse sont dues, comme l'a démontré le Professeur Sabrazès, de Bordeaux, à l'essaimage des cellules néoplasiques issues d'un kyste, lui-même dégénéré ou en voie de dégénérescence.

D'autres causes furent invoquées: l'âge, la ménopause, etc. Mais, comme l'a démontré Croissieux, elles ne semblent intervenir qu'en tant que facteurs prédisposant au développement des kystes ovariens. Les traumatismes jouent un rôle certain, mais dans la mesure où ils ont favorisé la rupture d'un kyste préexistant.

Masini rapporte, à la Société de Chirurgie de Marseille, l'observation d'une malade qui, opérée d'une hernie

étranglée, a présenté, le lendemain même de l'intervention, une augmentation progressive du volume de son ventre, en rapport avec l'épanchement, dans la cavité péritonéale, du liquide contenu dans un kyste de l'ovaire gauche, rompu au cours de la dissection du sac herniaire.

Nous pouvons donc conclure que, sous l'influence de facteurs multiples qui parfois nous échappent, parfois même spontanément, une tumeur gélatineuse de l'ovaire peut se rompre ou se fissurer et créer dans la cavité péritonéale un épanchement plus ou moins abondant pouvant en imposer pour une ascite, de consistance plus ou moins épaisse, variant de celle d'un sirop à celle d'une gelée.

D'autre part, Legeais, devant l'inconstance de la perforation et l'abondance de l'épanchement, avait émis l'hypothèse qu'avec une fluctuation, même microscopique et tôt refermée, les cellules peuvent tomber dans le péritoine et s'y greffer. Les cellules, en se multipliant, deviennent alors génératrices du mucus épanché.

Ainsi, dans notre observation personnelle (n° 1), il semble que l'épanchement gélatineux relève de deux éléments :

— mécanique d'une part, puisqu'une partie du contenu de la poche kystique s'était répandue dans la cavité péritonéale ;

— physiologique d'autre part, puisque la quantité de gélatine répandue (6 kilos environ), était bien supérieure à la quantité de liquide que pouvait contenir le kyste, et que le grand épiploon présentait déjà des lésions néoplasiques secondaires anciennes. Il semble logique d'admettre que ces lésions épiploïques avaient sécrété depuis longtemps ce mucus gélatineux, et que la rupture du kyste ovarien n'a été que le signe révélateur.

ETUDE CLINIQUE

Dans l'évolution d'une tumeur gélatineuse de l'ovaire, il peut survenir des complications capables d'aggraver tout à coup l'état des malades, et de nécessiter une opération d'urgence. Parmi ces complications, la rupture dans le péritoine est une des plus intéressantes pour le chirurgien.

Elle peut se manifester de plusieurs façons :

DÉBUT.

1° La malade sait qu'elle est porteur d'un kyste de l'ovaire, diagnostiqué par un médecin quelquefois très longtemps auparavant. A l'occasion d'un effort, elle ressent une vive douleur dans les flancs. Dans les jours qui suivent, la sensation de gêne causée par la présence de la tumeur disparaît, mais le ventre prend une forme nouvelle et augmente rapidement de volume.

2° Après un traumatisme violent sur l'abdomen, la malade ressent une douleur extrêmement vive, qui peut s'accompagner de vomissements et de syncope. En même temps, le ventre change de forme : au lieu d'être pointu et saillant en avant, il devient étalé et mou. La fluctuation disparaît pour faire place à une ondulation, comme dans l'ascite. Quelquefois, en déprimant le liquide, on peut sentir plus profondément la poche présentant encore une certaine résistance.

L'observation de MASINI nous a permis de constater que ce traumatisme était réalisé par une cure radicale de hernie, intervention qui avait précédé de quelques jours la formation de l'épanchement.

3° Dans d'autres cas, sans cause apparente, silencieusement, sans douleur, la malade voit son ventre augmenter de volume.

Decoulx et Bastien (dans *Soc. de Gyn. et Obst. de Paris-Lille,* juillet 1938), publient l'observation d'une femme de 40 ans qui présente, depuis quatre mois, une augmentation de volume de l'abdomen avec amaigrissement et anorexie.

Au palper, on sent une masse mobile volumineuse. Le toucher vaginal ne montre rien.

A l'intervention, ascite abondante gélatineuse (10 litres de liquide jaune verdâtre. L'ovaire gauche est le siège d'un kyste gros comme une tête d'adulte et perforé en plusieurs endroits. On nettoie le péritoine : tous les organes sont imbibés de substance gluante et recouverts d'un semis de petits points blanchâtres allant du volume d'un grain de mil à celui d'un pois.

Toutes ces lésions sont évidemment laissées en place.

L'examen histologique a confirmé qu'il s'agissait d'un kyste mucoïde.

Cette malade a été revue cinq mois après l'opération : aucun symptôme suspect, pas d'épanchement. Elle a recouvré l'appétit et a grossi de 5 kilos.

Période d'état.

L'ascite gélatineuse du péritoine, qu'elle soit consécutive à une rupture spontanée du kyste ou en rapport avec une sécrétion directe d'une tumeur végétante, offre une physionomie clinique sur laquelle ont insisté Decoulx et Patoir.

Ces épanchements entraînent un état spécial du sujet: pâleur cireuse, amaigrissement contrastant avec le développement de l'abdomen, alternance de constipation opiniâtre et de crises de diarrhée profuse, peut-être eczéma (Decoulx et Bastien).

L'inspection montre un ventre distendu à l'extrême, couvert de nombreuses vergetures ; la circulation collatérale sous-cutanée est très marquée ; les flancs s'étalent ; la cicatrice ombilicale est déplissée et retournée en doigt de gant.

A la palpation de l'abdomen, on constate une tension très grande de la paroi. Les doigts qui vont à la recherche des viscères profonds, éprouvent une certaine résistance à la déprimer. Mais, quand le liquide est relativement peu abondant, il est possible de rencontrer, dans l'une ou dans les deux fosses iliaques, une ou plusieurs masses de consistance tumorale, facilement mobilisables dans l'épanchement.

Un signe net est mis en évidence par Decoulx et Patoir : c'est une sensation de flot, très nette et particulièrement prolongée, qui existe toujours dans les épanchements importants.

La paroi est élastique de façon uniforme, mais le liquide, déplacé sous le doigt qui s'enfonce, donne une impression inhabituelle de viscosité.

La percussion très légère permet de sentir, grâce à cette consistance, une vibration spéciale, une sorte de tremblement. Mais ce signe est inconstant et la règle est de rencontrer une matité franche qui, dans les changements de position de la malade, n'atteint les parties déclives que progressivement, par suite de la viscosité de l'épanchement et de la difficulté à se déplacer dans la cavité péritonéale.

Le toucher vaginal, lorsqu'il est possible, pourrait donner d'utiles renseignements ; mais il l'est rarement car, par suite des phénomènes de compression, la région vulvaire est œdématiée, et il existe souvent des prolapsus des organes génitaux. Decoulx et Patoir insistent sur la fréquence du prolapsus utérin, ou du moins sur le glissement des culs-de-sac antérieur ou postérieur du vagin. Quand il est praticable, le toucher permet de

sentir, dans le Douglas et les culs-de-sac latéraux, la présence de liquide dont la tension est d'autant plus forte qu'il est plus abondant.

Le toucher rectal confirme la présence du liquide dans le Douglas et permet de noter l'augmentation d'un ou des deux ovaires.

La ponction est à déconseiller formellement ; elle a pu cependant être faite si, par suite des signes cliniques, on a porté un diagnostic un peu précoce d'ascite. On a alors retiré un liquide visqueux dans lequel nageaient des particules solides. Mais le plus souvent, par suite de la consistance de l'épanchement, la ponction reste blanche. En outre, elle est très dangereuse, cer elle ouvre une porte d'entrée à l'infection, causant des péritonites d'autant plus graves que le péritoine est déjà lésé.

Les signes d'insuffisance cardiaque avec congestion passive des bases, ne se manifestent que tardivement. L'œdème, assez précoce, des membres inférieurs et de la paroi abdominale n'est pas d'origine cardiaque ; il est dû à la compression de la circulation de retour par l'épanchement gélatineux.

Evolution.

Les troubles digestifs, apparus très tardivement, s'aggravent. Les vomissements et les diarrhées post-prandiales rendent l'alimentation insuffisante. Les malades maigrissent, leurs œdèmes augmentent ; les troubles digestifs ne tardent pas à conduire les malades à la cachexie. La mort survient le plus souvent dans un état d'épuisement complet, reflétant l'intoxication profonde de l'organisme tout entier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cliniquement et macroscopiquement parlant, la péritonite gélatineuse se présente à l'ouverture de l'abdomen sous deux formes :

— d'une part, une forme cliniquement bénigne par sa limitation et sa guérison sans histoire après une simple ovariectomie : cette forme semble correspondre au « kyste proligère glandulaire de Pozzi » ;

— d'autre part, une forme cliniquement très suspecte par son aspect diffus, multiloculaire et végétant; tumeur qui, selon les cas, évolue selon le type bénin ou malin : cette forme paraît correspondre au « kyste proligère papillaire de Pozzi ».

Cette dualité anatomo-clinique nous oblige à séparer ces deux formes : les kystes mucoïdes et les tumeurs végétantes. Nous insistons cependant, dès maintenant, sur le fait qu'il n'y a pas de cloison étanche entre ces deux formes ; on se trouve peut-être en face de deux étapes.

1° Les *kystes mucoïdes* sont souvent bilatéraux, leur volume est très variable ; on les observe rarement avant qu'ils n'aient atteint les dimensions d'une orange ; ils peuvent arriver à des proportions considérables, remplir tout l'abdomen et le distendre à l'extrême ; ces énormes kystes de l'ovaire qui contenaient 25 ou 30 litres, étaient fréquemment observées autrefois, mais avec la précocité actuelle des interventions, ils sont devenus rares aujourd'hui. Leur forme est ovoïde ou sphérique, à petite extrémité inférieure ; leur teinte est ordinairement d'un blanc bleuâtre, parfois nacré ; leur

surface présente le plus souvent des bosselures plus ou moins accentuées, séparées par des sillons de différente profondeur, ceux-ci correspondant aux cloisons qui séparent les différentes loges, de kystes secondaires. Ces kystes sont constitués presque toujours par plusieurs poches : ils sont multiloculaires, mais par rupture des cloisons qui séparent les alvéoles contiguës, ils deviennent pauciloculaires.

Ces parois sont constituées par une couche externe fibreuse, formée de tissu conjonctif très serré en dehors, plus lâche vers la face interne pouvant renfermer des fibres élastiques et de nombreux vaisseaux ; et par une couche interne revêtue de cellules épithéliales très diverses, surtout caliciformes.

Le contenu de ces kystes mucoïdes est une substance visqueuse, gluante et filante, « de consistance onctueuse au toucher » (Pozzi), qui dépose sur le péritoine de petits amas adhérents, gélatineux, dits «en frai de grenouille».

Parfois spontanément, parfois à la suite d'un traumatisme violent, la paroi extérieure amincie se rompt et les produits de sécrétion du kyste se répandent dans la cavité péritonéale, réalisant le tableau de la véritable ascite gélatineuse.

2° Les *tumeurs végétantes* de l'ovaire peuvent, elles aussi, contribuer à la formation des péritonites gélatineuses, mais par un processus différent du précédent.

Ces tumeurs, beaucoup plus solides et plus denses, souvent bilatérales, sont constituées par un amas de bourgeons épithéliaux limitant des cavités peu nettes et microscopiques ; ces végétations se multiplient et gagnent la cavité péritonéale : il n'y a pas rupture dramatique de proche en proche, mais essaimage par fissure microscopique de la tumeur. On se trouve en présence d'un produit visqueux fortement adhérent au péritoine rendu méconnaissable par la présence d'un revêtement

d'aspect velvétique constitué par les bourgeons épithéliaux greffés sur lui.

Quelle que soit leur origine précise, ces péritonites gélatineuses sont presque toujours des épanchements de la grande cavité péritonéale se manifestant dès l'ouverture de l'abdomen par l'irruption dans la brèche opératoire, d'une sorte de gelée jaune ambrée, quelquefois vaguement teintée de rose par du sang qui s'est écoulé au moment de la rupture.

Le liquide ainsi répandu est pauvre en éléments figurés : quelques vagues cellules épithéliales et quelques fibres conjonctives formant un réseau qui emprisonne la masse gélatineuse. Sa composition chimique est variable : on y trouve ordinairement du chlorure de sodium, du phosphate et du carbonate de soude, des matières grasses, parfois de l'urée et du sucre, et enfin de la paralbumine dont Waldeyer aurait voulu faire la caractéristique des kystes de l'ovaire, mais qui, en réalité, peut se rencontrer ailleurs.

DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons vu, PÉAN plaçait la péritonite gélatineuse entre les kystes de l'ovaire et l'ascite ; c'est encore de ces deux affections qu'il est le plus difficile de la différencier actuellement.

Quand une femme se présente à l'examen avec le diagnostic de « kyste de l'ovaire fait antérieurement », on devra toujours penser à la maladie gélatineuse du péritoine ; présomption plus forte encore si la malade signale la disparition brusque de sa tumeur, suivie d'une augmentation de volume du ventre. La matité est peu ou pas mobile en raison de la viscosité, et ne suit pas rapidement les changements de position de la malade comme dans l'ascite libre. Par suite des risques d'infection très graves, la ponction exploratrice est formellement à déconseiller.

La chute des organes génitaux accompagnant ce syndrome ascitique confirmera le diagnostic. Ce prolapsus marqué est probablement dû à la faible mobilité du liquide qui exerce sur les organes génitaux une pression continue, et aussi à son poids.

Le kyste de l'ovaire, tout au moins dans certaines de ses formes, peut être confondu avec l'ascite gélatineuse. Quand il n'est pas très gros, son unilatéralité, sa délimitation nettement circonscrite, lisse ou bosselée, sa surface mate à convexité supérieure, plaident en sa faveur; mais quand il est d'un volume important, occupant les deux flancs de la malade, quand il s'accompagne d'ascite

tels les kystes épithéliomateux, la difficulté devient presque insurmontable. Le signe du flot est beaucoup plus marqué dans l'ascite gélatineuse, et de plus le toucher vaginal, qui, dans cette dernière affection ne permet de sentir dans le Douglas qu'une résistance faible et non délimitée, offre en cas de kyste, une tumeur bien délimitée, dure et souvent mobile, séparée de l'utérus par un sillon net.

PRONOSTIC

Le pronostic est rarement porté par le médecin, car la maladie est le plus souvent découverte sur la table opératoire ou au cours d'une autopsie. Il s'agira donc plutôt d'un pronostic post-opératoire.

Dans le cas de rupture simple d'un kyste mucoïde, la guérison est la règle (Decoulx et Patoir) : La présence de cet épanchement ne complique, en aucun cas, l'évolution bénigne de ce type de kyste, et la plupart des cas guérissent après l'ablation du kyste originel.

En présence d'une tumeur végétante, nous ne pouvons pas espérer aboutir à un résultat aussi précis ; nous avons trouvé des cas à évolution favorable et des cas à évolution défavorable. Moulonguet insiste sur ces tumeurs à ascite non sanglante, « mais fluide et onctueuse », où l'hystérectomie avec ablation des annexes et des végétations qui les recouvrent peut donner de très belles guérisons (six observations de Lecène). Il ajoute cependant que, dans des cas typiques,, il peut y avoir un comportement malin. Decoulx, Bastien, Patoir, estiment qu'aucun critère n'existe ; les récidives sont possibles jusqu'à onze ans après l'opération et donnent comme chiffre 40 à 60 % de récidives ou de métastases.

Le pronostic est beaucoup plus grave lorsque l'épanchement gélatineux du péritoine est dû à des greffes cellulaires épithéliales. Ainsi, chez notre malade (observation n° 1), la présence de greffes cellulaires néoplasiques nous incite à prononcer un pronostic sévère, malgré une

malignité histologique relative et bien que nous ayons vu fréquemment, chez des malades plus jeunes, ces lésions péritonéales secondaires à des tumeurs de l'ovaire, donner de longues survies après un traitement radiothérapique post-opératoire bien conduit.

TRAITEMENT

A moins de contre-indications basées sur la gravité des signes généraux, ou sur l'existence de métastases néoplasiques, la maladie gélatineuse du péritoine réclame, quelle que soit sa forme, une laparotomie exploratrice.

Le traitement qu'il faudra instituer et les indications varient évidemment selon les lésions anatomiques que l'on constatera. Nous étudierons successivement les méthodes de traitement et les indications.

METHODES DE TRAITEMENT

1° La laparotomie exploratrice simple a été quelquefois le seul mode de traitement possible devant l'envahissement considérable des organes abdominaux. Naturellement, les résultats sont nuls.

2° L'ovariectomie simple. — Dans les cas où il existe une tumeur bien limitée d'un seul ovaire, l'ablation totale des annexes de ce côté-là a été fréquemment pratiquée. On l'a associée évidemment à l'évacuation totale de l'épanchement gélatineux. De même, à la lecture de nombreuses observations, nous avons pu constater qu'on y a associé la résection de l'épiploon qui, nous l'avons vu au chapitre d'anatomie pathologique, présente fréquemment des greffes néoplasiques secondaires. Il est bien entendu que l'on ne pratiquera cette intervention qu'après l'examen soigneux de tout l'appareil génital,

car les lésions ovariennes, comme nous l'avons déjà rappelé, sont souvent bilatérales. Il est évident que, dans ces cas-là, l'ovariectomie devra faire place à l'hystérectomie totale. Les résultats de l'ovariectomie simple sont évidemment fonction du degré d'envahissement péritonéal, et dans tous les cas, ils ne semblent pas inférieurs à ceux de l'hystérectomie totale lorsque l'ovariectomie a été pratiquée dans les cas de lésions unilatérales.

3° L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE. — C'est évidemment la méthode de choix et la seule à utiliser lorsque les lésions ovariennes sont bilatérales. Celle-ci est, par conséquent, beaucoup plus indiquée par la bilatéralité des lésions que par l'importance de l'épanchement péritonéal. Il est d'ailleurs à remarquer que, dans ces cas-là, les lésions péritonéales sont beaucoup plus marquées : l'épiploon est fréquemment envahi, ce qui nécessite sa résection. Il y a très souvent des greffes sur l'intestin et le mésentère ce qui, naturellement, compromet le pronostic éloigné, mais qui, nous le verrons, ne doit pas constituer une contre-indication opératoire. En effet, il est classique maintenant de reconnaître que ces lésions péritonéales secondaires sont fréquemment guéries par la radiothérapie profonde lorsque la tumeur ovarienne initiale présente une forme histologique radiosensible.

La *toilette du péritoine* doit être l'objet de soins particuliers : il faut s'attacher à l'évacuation totale de l'épanchement gélatineux, réséquer largement l'épiploon s'il est envahi ; mais il faut évidemment laisser en place les greffes mésentériques et intestinales si elles existent, et ne pas être tenté de recourir à des résections étendues.

Le *drainage* est le plus souvent inutile. D'ailleurs, il ne serait pas sans inconvénient, car certains auteurs y verraient une cause aussi de greffe néoplasique.

Les *résultats du traitement chirurgical* sont difficiles à connaître, tout au moins les résultats éloignés, car les

malades sont perdues de vue par leur chirurgien. Il semble, d'après les observations de Croissieux et de Capiaux, qu'il faille admettre cinquante pour cent de récidives, ce qui incline par conséquent à porter, dans chaque cas, un pronostic réservé. Du moins, en ce qui concerne notre malade, malgré l'importance des lésions péritonéales et intestinales secondaires, elle était en excellent état six mois après l'intervention.

4° Radiothérapie profonde. — Celle-ci doit être instituée de façon systématique, même après toute intervention chirurgicale, même correctement conduite. Il sera utile de la renouveler tous les six mois ou tous les ans, et cela malgré le bon état général apparent de la malade.

La *radiothérapie palliative* trouvera ses indications lorsque, à la laparotomie exploratrice, l'étendue des lésions aura contre-indiqué toute manœuvre chirurgicale.

INDICATIONS

Celles-ci seront basées sur l'état général et sur l'état local.

L'état général n'entrera en considération que s'il existe des métastases hépatiques, pulmonaires ou autres, ou si la cachexie ou la gravité de maladies intercurrentes rendaient impossible toute manœuvre chirurgicale. En dehors de ces cas, nous le répétons, une laparotomie exploratrice s'impose.

L'état local sera jugé à l'ouverture de l'abdomen. Après l'évacuation de l'ascite gélatineuse, il faudra faire un bilan des lésions abdominales. Il importe tout d'abord de vérifier l'état de l'appareil génital, et nous avons vu que, suivant que les lésions étaient uni ou bilatérales, il

fallait recourir à l'ovariectomie simple ou à l'hystérectomie totale.

La présence de lésions épiploïques ou de greffes néoplasiques disséminées sur le grêle, sur le mésentère, ne constituent pas une contre-indication opératoire absolue. Il existe de nombreux cas où, même en présence de lésions péritonéales étendues, l'hystérectomie ou l'ovariectomie suivies d'un traitement radiothérapique intensif ont donné des guérisons durables.

Mais lorsqu'il existe des adhérences nombreuses et serrées entre les tumeurs ovariennes et l'intestin ou entre plusieurs masses intestinales, et lorsque ces adhérences doivent entraîner des résections intestinales étendues, il faut alors s'abstenir de toute manœuvre opératoire et recourir d'emblée à la radiothérapie palliative.

CONCLUSIONS

1° Il existe deux grandes classes d'ascites gélatineuses susceptibles d'intéresser le chirurgien :

— l'ascite gélatineuse d'origine appendiculaire ;

— l'ascite gélatineuse d'origine ovarienne.

La péritonite gélatineuse par carcinomatose péritonéale primitive est au-dessus de toute ressource chirurgicale.

2° L'ascite gélatineuse d'origine ovarienne reconnaît deux mécanismes :

— par rupture d'une tumeur gélatineuse de l'ovaire ;

— par sécrétion des lésions néoplasiques ovariennes ou épiploïques qui déversent directement leurs produits dans la cavité péritonéale. Les lésions péritonéales secondaires sont dues à des greffes cellulaires épithéliales.

3° Il est classique d'opposer la bénignité de la maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire à celle d'origine ovarienne.

4° Le pronostic est beaucoup plus grave lorsque l'épanchement du péritoine est dû à des greffes cellulaires épithéliales.

5° Le traitement chirurgical garde tous ses droits, même lorsque l'ascite gélatineuse est consécutive à des greffes secondaires péritonéales. L'hystérectomie totale suivie de radiothérapie profonde a, à son actif, des succès satisfaisants.

Lu et approuvé :
Le Président de Thèse :
MOIROUD.

Vu et approuvé :
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 14 mars 1944
Le Recteur : GAU

BIBLIOGRAPHIE

ASCITE GELATINEUSE

ARNAUD. — « A propos de la maladie gélatineuse du péritoine » (*Marseille Médical*, 15-2, 1930).

CAPIAUX. — « Epanchement gélatineux du péritoine d'origine ovarienne » (*Th. Lille*, 1937).

CHIRAY et J. LELOURDY. — « A propos d'un cas d'ascite gélatineuse » (*Société Médicale des Hôpitaux*, 24-1-30).

CHIRAY et LELOURDY. — « A propos d'un cas d'ascite gélatineuse » (*Gaz. des Hôpit.*, n° 13, 12-2-30).

CORNIL et MOSINGER. — « Les modifications expérimentales de l'ovaire consécutives à l'hystérectomie » (*Sté de Médecine de Marseille*, 26 février 1936).

COSTANTINI et RAYNAL. — « De l'utilité d'opérer certaines ascites de diagnostic douteux ; un cas de maladie gélatineuse » (*Algérie Médicale*, octobre 1938).

CROISSIEUX. — « Contribution à l'étude des épanchements gélatineux du péritoine ».

CRUVEILHIER. — « Traité d'anatomie pathologique » (1864).

DECOULX et PATOIR. — « Epanchements gélatineux du péritoine » (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 35, 1937).

DECOULX et PATOIR. — « Péritonite gélatineuse » (*Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst., Paris* 1937, p. 414).

DELANNOY et DEMAREZ. — « Ascite par perforation d'un kyste de l'ovaire » (*Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris 1937, p. 160).

DIEULANGARD. — « Les tumeurs de l'ovaire » (*Thèse Marseille*, 1943).

FIGARELLA. — « Les tumeurs malignes de l'ovaire » (*Arch. de Médec. Col. Marseille*, 1934).

GIRAUD. — « Maladie gélatineuse du péritoine » (*Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie de Marseille*, n° 1, janvier 1929, p. 221).

GRUGET. — « La maladie gélatineuse du péritoine » (*Arch. Médicales d'Angers*, XXVI, 53-65).

GUIMBELLOT. — « A propos de l'ascite gélatineuse » (*Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chir., Sce* du 11 décembre 1929).

J. HERTZ. — « Kystes mucoïdes de l'ovaire ; ascite gélatineuse consécutive » (*Bullet. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 54 : 830-833, 16-6-28).

HOARAN. — « Les grandes ascites des tumeurs bénignes de l'ovaire et du parovaire » (*Th. Montpellier*, 1937, n° 79).

LAIGNEL, LAVASTINE et DUGUET. — « Ascite gélatiniforme, complication d'un kyste de l'ovaire » (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 56, 453-455, n° 24, sept. 1940).

MASINI. — « Epanchements » (*Thèse d'Alger*, 1923).

MATHIEU. — « Tumeurs malignes de l'ovaire épithéliales et primitives » (*Th. Lyon*, 1937, n° 66).

PÉAN. — « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du petit bassin » (1877).

SEBILEAU. — « Les épanchements du péritoine de l'appareil génital interne de la femme » (*Th. Paris*, 1887).

J. VILLIET. — « Ascite gélatineuse et kystes de l'ovaire » (*Thèse de Toulouse*, 1921-22, n° 39).

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction - Historique	15
Observations	21
Etiologie - Etude clinique	27
Anatomie pathologique - Diagnostic	33
Pronostic - Traitement	39
Conclusions	45
Bibliographie	47

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !